

| | |
|----------------------------|---|
| クラブ名 | |
| 学年・児童名 <small>ふりがな</small> | 年 |

令和 年 月 日

診 断 書

放課後児童クラブ入所申請用 (以下の太枠内は医療機関が記入してください)

| | | |
|----------------------|----|------------------------|
| 住 所 | | |
| 氏 名 | | 児童との続柄 () |
| 傷 病 名 | | |
| 病 状 | | |
| 治療期間 | 通院 | 月・週 回 年 月 日 ~ 年 月 日 |
| | 入院 | 年 月 日 ~ 年 月 日 |
| 総合所見 (家庭保育に対する影響) | | |
| 児童の保育の可否 | | 可・否 ※いずれかに○印をお願いします。 |
| 上記のとおり診断する。 | | |
| 令和 年 月 日 | | |
| 医療機関名 所在地 担当医師 | | 印 |